



# Le Collège International de Chirurgiens

FOUNDED IN GENEVA, SWITZERLAND (1935)  
INCORPORATED IN WASHINGTON, D.C., U.S.A. (1940)

## APPLICATION FOR MEMBERSHIP

PLEASE TYPE OR PRINT

1. MEMBERSHIP CATEGORY  FELLOW  JUNIOR

2. NAME

FAMILY NAME—NOM—APELLIDO

FIRST NAME(S)—PRENOM(S)—NOMBRE(S)

3. ADDRESS

STREET—RUE—CALLE

CITY—VILLE—CIUDAD

STATE  
PROVINCE  
ESTADO

COUNTRY  
PAYS  
PAIS

POSTAL CODE/ZIP  
CODE POSTAL  
CODIGO POSTAL

4. TELEPHONE

OFFICE—BUREAU—OFICINA

HOME—RESIDENCE—DOMICILIO

5. PLACE OF BIRTH  
LIEU DE NAISSANCE  
LUGAR DE NACIMIENTO

COUNTRY  
PAYS  
PAIS

DATE OF BIRTH  
DATE DE NAISSANCE  
FECHA DE NACIMIENTO

6. CITIZENSHIP

CITOYEN DE  
CIUDADANO DE

PERMANENT RESIDENT OF (COUNTRY)  
RESIDENT PERMANENT DE (PAYS)  
RESIDENTE PERMANENTE DE (PAIS)

7. PROFESSIONAL SPECIALTY

PRIMARY

SECONDARY

8. FELLOWSHIP IN OTHER COLLEGES

9. OTHER DEGREES OR HONORS \_\_\_\_\_

10. NAME & LOCATION OF MEDICAL SCHOOL \_\_\_\_\_  
DATE OF GRADUATION \_\_\_\_\_

11. POSTGRADUATE TRAINING \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. REGULAR MEDICAL LICENSES(S) \_\_\_\_\_  
COUNTRY DATE CERTIFIED  
COUNTRY DATE CERTIFIED

13. PRESENT HOSPITAL AND TEACHING AFFILIATIONS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. REFERENCES Please list below 3 surgeons familiar with your work. They will be contact after your completed application has been received.

NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY, COUNTRY \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY, COUNTRY \_\_\_\_\_

NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY, COUNTRY \_\_\_\_\_

15. PLEASE ATTACH A CURRENT CURRICULUM VITAE ELABORATING ON YOUR EDUCATION, TRAINING, MEDICAL SOCIETY MEMBERSHIPS, PAST AND PRESENT PROFESSIONAL POSITIONS, AND ANY OTHER INFORMATION YOU WISH TO INCLUDE.

**APPLICATION FEE:** The appropriate fee must accompany this application. Please refer to cover letter, or the Secretary or President of your National Section. If more information is needed please write or call:

INTERNATIONAL MEMBERSHIP COORDINATOR  
INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS  
1516 N. LAKE SHORE DRIVE  
CHICAGO, ILLINOIS 60610 USA  
(312) 642-3555  
FAX (312) 787-1624

**To The Executive Council of The International College of Surgeons:**

*I herewith submit my application for FELLOW or JUNIOR Membership in the International College of Surgeons and herewith submit the supporting data for your consideration. If accepted, I pledge myself to abide by the Constitution and all the By-Laws, Rules and Regulations governing the International College of Surgeons.*

*It is understood and agreed that in the event this application is not accepted, I hereby agree that I will abide by the action of the Governing Bodies of the International College of Surgeons (Geneva) on this application, and that if it is rejected, I will in no wise hold the said Governing Bodies of the International College of Surgeons (Geneva) legally responsible for such action.*

**PLEDGE OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS**

*I pledge myself to support and maintain the dignity of my profession...to conduct myself according to the highest ethical principles in dealing with my patients and to give freely my services to the needy... to be scrupulous in my relations with my professional peers...to consider my personal life as part of my contribution, allowing nothing to encroach upon it that might reflect discredit upon the College, my person or my profession.*

*Further, I pledge myself to avoid every form of dishonest gain, either monetary, by unwarranted publicity, or in any manner deemed unethical in practice or theory by the Governing Bodies of the International College of Surgeons. I shall abide by their judgement, rulings and opinions.*

*Finally, I pledge myself to do all in my power to promote and sustain the goals and activities of the College.*

*All this, I solemnly pledge, and will perform to the best of my ability at all times.*



**Signature** \_\_\_\_\_ **M.D.**  
(Application Not Valid Unless Signed)

**Date** \_\_\_\_\_

**TO THE SECTION:** APPLICATIONS PROCESSED THROUGH THE SECTIONS MUST BEAR SIGNATURES OF PRESIDENT AND/OR SECRETARY—ONLY LONG HAND SIGNATURES ACCEPTABLE.

PRESIDENT Type or Print \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

SECRETARY Type or Print \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_



THAILAND SECTION  
1954

สมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

International College of Surgeons, Thailand Section

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

รูปถ่าย  
3 ใบ

ชื่อภาษาไทย นพ./พญ./ยศ).....

ชื่อภาษาอังกฤษ.....

ที่ทำงาน.....

ตำแหน่งปัจจุบัน..... โทร.....

ที่อยู่.....

.....E-Mail..... โทร..... โทรสาร.....

#### ประวัติส่วนตัว

วันเกิด.....เดือน.....ปี.....อายุ.....จังหวัดที่เกิด.....

ชื่อภรรยา หรือสามี.....จำนวนบุตร..... คน

#### ประวัติการศึกษา

สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. ....จาก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ว. ....

#### การศึกษาเพิ่มเติม

.....

.....

#### ประวัติการปฏิบัติงานและตำแหน่งในอดีต

.....

.....

สมาชิกสมาคมวิชาชีพทางการแพทย์.....

.....

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทยฯ

ชำระค่าสมัครสมาชิก 4,000 บาท โดย  เช็คเลขที่.....

รายละเอียดแยกเป็น  อื่น ๆ .....

- ค่าบำรุงสมาคมฯ 1,500 บาท (ตลอดชีพ)

- ค่าวุฒิบัตร F.I.C.S. จาก Head Quarter 2,500 บาท (75 USD)

หลักฐานการสมัคร ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

-สำเนาปริญญาบัตร -สำเนาวุฒิบัตร .....

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

รับเป็นสมาชิก เลขที่.....ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....เลขธิการ

(.....)